

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

54

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 29 novembre 1905, à 1 heure

PAR

Eugène MEYGRET

Externe des hôpitaux de Paris

LA PATHOGÉNIE DU DOIGT HIPPOCRATIQUE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

*Juges : { MM. BROUARDEL, professeur.
THIROLOIX et JEANSELME, agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.		P. POIRIER
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.		N...
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Cathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
		ROGER.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
		JOFFROY.
		GAUCHER.
		RAYMOND.
		LE DENTU.
		TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
		De LAPERSONNE
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	des trav. anat.)
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	TEISSIER
BRINDEAU	GOUGET	MARION	THIROLOIX
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CARNOT	JEANSELME	MERY	WALLICH
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRIEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecol a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA SŒUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0114

LA

PATHOGÉNIE DU DOIGT HIPPOCRATIQUE

INTRODUCTION

Les déformations des extrémités digitales survenant au cours de certaines affections cardiaques, pulmonaires ou autres, et principalement les déformations dites hippocratiques, ont de tout temps attiré l'attention des médecins.

Par son étiologie, sa pathogénie, sa valeur diagnostique et pronostique, l'hippocratisme fut l'objet de nombreux travaux.

Longtemps la tuberculose pulmonaire fut reconnue comme seule cause du doigt hippocratique, mais, peu à peu l'observation permit de constater que cette déformation n'était pas le privilège des phtisiques, qu'on la rencontrait chez bon nombre d'individus atteints d'affections diverses n'ayant aucun rapport avec la bacillose.

C'est alors que prirent naissance les nombreuses théories de la pathogénie du doigt hippocratique : les uns lui reconnaissant une cause toxique, les autres voulant voir dans ce symptôme, outre la toxicité, un processus mécanique ; d'autres enfin, avec Pigeaux, mettant en cause la gêne de l'hématose.

Après avoir défini ce que nous entendons par l'hippocratisme digital, et après en avoir rapporté les conditions étiologiques, en nous appuyant sur quelques observations de malades porteurs de doigts hippocratiques, et chez lesquels les déformations sont survenues dans des conditions si différentes de celles que l'on a relevées jusqu'à présent, nous pensons pouvoir envisager la question sous un jour nouveau. Mais avant de commencer ce travail, nous tenons à remercier notre excellent ami, M. le D^r Cruchadeau, qui nous a si bien guidé au début de nos études médicales, nous l'assurons ici de notre profonde affection.

Que M. le D^r Campenon et M. le D^r Bécclère, qui a eu l'amabilité de nous fournir le sujet de cette thèse, veuillent bien nous permettre de leur apporter le témoignage de notre très vive reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée et les précieux conseils qu'ils nous ont particulièrement donnés, toutes les fois que nous avons eu à recourir à leur science.

Nous garderons également un souvenir reconnaissant à MM. les D^{rs} Merklen et Babinski, nos maîtres en médecine, à M. le D^r Lepage, chez qui nous avons fait notre stage d'accouchement, à MM. les D^{rs} Cunéo,

Michon et Herbet, nos maîtres en chirurgie, et à notre ami, M. le D^r Gernez, prosecteur à la Faculté de Paris.

M. le professeur Dieulafoy a bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale, qu'il daigne recevoir l'hommage de nos sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait.

HISTORIQUE

Hippocrate avait déjà remarqué chez les phtisiques les déformations des ongles et des extrémités digitales. Parlant de ces malades il disait : « Cavantur oculi, malæ rubent, manuum vere extimi calent digiti ; et exasperantur, *ungues adunci fiunt* ; pedes refrigerantur et tument pustulæ toto erumpunt corpore..... » puis dans un autre passage : « *Ungues contorquentur...* »

Après lui l'hippocratisme semble tomber dans l'oubli.

Il nous faut alors remonter jusqu'au début du xix^e siècle pour voir reparaitre la question des ongles hippocratiques.

Sauvage, Duret, Patissier en firent mention chez les tuberculeux.

Puis Blandin en 1822 dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, note la déformation, non seulement chez les phtisiques, mais chez la plupart des cachectiques.

Faye (Thèse Paris 1822) en relève également quelques cas dans certaines maladies de peau.

Pigeaux (Archives générales de Médecine, 1832) se fondant sur une statistique des affections susceptibles de provoquer l'incurvation de l'ongle, et l'augmentation de volume de la phalange, en recherche la patho-

génie, et fait intervenir comme cause première la gêne de l'hématose.

Deux ans plus tard, Trousseau revenait aux anciennes conceptions d'Hippocrate, et faisait de la déformation hippocratique un signe de tuberculose. Il y attachait même une très grande valeur, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic.

A partir de cette époque, les idées de Trousseau, fortement enracinées, tendent à prévaloir.

Cependant, après un travail d'Alquié, qui étudie encore le doigt hippocratique chez les tuberculeux, Vernois fait en 1839, dans les Archives générales de Médecine, une statistique, et sur 88 malades atteints de déformations, 36 seulement ont des signes évidents de tuberculose pulmonaire, le reste présente des affections diverses.

En 1860 Beau dans un mémoire fait quelques remarques sur les sillons des ongles, et leur valeur séméiologique.

Caron en 1862, Labalbary en 1863, proposent de nouvelles théories pathogéniques.

A partir de cette époque, les différentes conceptions, qui ont été émises sur l'étiologie et la pathogénie du doigt hippocratique, vont être reprises dans un certain nombre de thèses dont la lecture n'apprend pas grand-chose de nouveau ; ce sont les thèses de Meillet (1874), d'Ulmo et Truffin en 1875, d'Esbach (1876).

En 1890 paraît alors un Mémoire de M. P. Marie (Revue de médecine) sur une déformation spéciale du doigt, dans laquelle les parties molles n'étaient pas

seules en cause, et qui était due en partie à l'augmentation de volume de l'os sous-jacent.

Cette déformation reçut le nom d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique en raison de son origine. Elle est toujours, en effet, sous la dépendance d'une affection pulmonaire antérieure.

A la suite de cette publication, de nombreux travaux parurent sur le même sujet ; ce sont ceux de M. Thibierge, de Spillmann et Haushalter (1890), la thèse de Lefèbvre.

Mais nous devons dire, dès maintenant, que l'on doit bien nettement séparer l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de l'hippocratisme, ainsi que l'a encore établi un excellent travail récent de MM. Besançon et Israël de Jongs.

En 1899, Pichard dans sa thèse de doctorat soutient cette opinion : « Qu'il n'est pas admis de rencontrer des déformations digitales, dans des affections autres que les affections cardio-pulmonaires. »

Cependant, les doigts hippocratiques furent encore notés dans la cirrhose biliaire ainsi qu'en témoignent les observations de MM. Gilbert et Fournier (*Revue des maladies de l'enfance*, 1895), la thèse de Boutron (1899), un article de MM. Gilbert et Lereboullet (*Gazette hebdomadaire*, 1902).

M. le Dr Bécclère enfin, à la Société médicale des hôpitaux, présente les observations de malades atteints de doigts hippocratiques par compression veineuse, déterminant des déformations soit unilatérales, soit à prédominance unilatérale.

DÉFINITION DE L'HIPPOCRATISME

Etude clinique.

Trousseau est le premier qui ait donné du doigt hippocratique une description nette que nous allons reproduire :

« Lorsqu'on examine dans son ensemble la main hippocratique, on est frappé sur le champ de la forme mousse de l'extrémité des doigts ; la dernière phalange est plus courte, plus large et arrondie en massue. Dans l'autre main, au contraire (la main normale) la dernière phalange est étroite, longue et mince.

Vu en arrière, le doigt régulier représente assez bien un cylindre qui va diminuant de diamètre jusqu'à l'extrémité de l'ongle ; mais cette disposition n'existe pas dans le doigt hippocratique, le cylindre diminue, comme dans l'autre cas, de la base du doigt à l'extrémité de la deuxième phalange ; mais, arrivé là, il grossit de nouveau jusqu'au milieu de la dernière phalange pour se terminer en un bout arrondi. Cette conformation s'observe beaucoup mieux encore en regardant les deux doigts indicateurs que j'ai fait examiner de

profil. C'est la meilleure manière d'examiner le doigt sur le vivant.

Si maintenant nous prenons isolément cette dernière phalange, nous voyons que son diamètre antéro-postérieur est notablement augmenté par le développement considérable de la pulpe du doigt, développement qui contraste avec la maigreur du reste de la main. La dissection a montré à M. le Dr Pigeaux que l'os n'avait subi aucune augmentation de volume. Mais le tissu lamineux situé à la base et sous la racine de l'ongle, s'est lui-même hypertrophié. Il en résulte que la racine de l'ongle est d'autant plus éloignée de l'os et que cet éloignement est tel qu'on la sent basculer lorsqu'on presse la face dorsale de la phalange.

Or le soulèvement de la racine de l'ongle produit deux phénomènes remarquables ; d'abord l'effacement de l'angle obtus rentrant formé par la rencontre des plans de l'ongle et du dos du doigt ; en second lieu l'incurvation notée par Hippocrate. On conçoit en effet que l'extrémité libre de l'ongle restant adhérente à sa pulpe, tandis que sa base est soulevée, le plan de l'ongle rencontre plus promptement le plan de la face palmaire du doigt ; ce qui constitue l'incurvation hippocratique. »

Cependant, il arrive que le doigt hippocratique ne revêt pas toujours la même forme, et, à côté de ce type que nous venons de décrire et qu'on pourrait appeler le type du doigt en massue ou en battant de cloche, il faut mentionner les déformations fusiformes, en baguette de tambour, en bec de perroquet.

L'étude détaillée de ces divers types n'offre d'ailleurs aucun intérêt au point de vue clinique.

La déformation peut varier dans son ensemble avec les sujets, et suivant le type qu'elle présente, elle n'est pas pour cela l'expression d'un processus morbide différent.

Pour Trousseau la déformation n'apparaissait pas à tous les doigts en même temps, mais assez régulière dans sa marche, elle commençait en général par le pouce, puis l'index de la main droite. Ensuite les deux mêmes doigts de la main gauche, puis les autres doigts dans leur ordre naturel se renflaient successivement. L'auriculaire est souvent indemne de toute déformation.

Après avoir décrit l'aspect général du doigt hippocratique, nous devons relever quelles sont les modifications qui peuvent survenir du côté de l'ongle en particulier, de la pulpe et des os.

Modifications des ongles. — Les ongles que M. Marie a appelés les ongles en « verre de montre » sont convexes dans les deux sens. Très sensiblement élargis et allongés, leur bord libre vient se recourber sur la pulpe, doublant l'extrémité inférieure du doigt. Comme l'a montré Trousseau, le développement exagéré des parties molles soulève la racine de l'ongle de telle sorte que celle-ci se trouve située sur un plan supérieur à l'extrémité digitale antérieure. En même temps les bords latéraux de la phalange, qui à l'état normal présentent deux replis cutanés formant le lit de l'ongle, se laissent déborder et celui-ci disparaît.

L'ongle n'est pas seulement modifié dans sa forme

générale, il l'est aussi dans sa structure et sa coloration.

Son épaisseur est toujours moindre que normalement, et, par suite de l'amineissement qu'il subit il devient flexible, ce que l'on constate en exerçant une faible pression sur ses bords. Sur sa face supérieure on relève souvent des stries longitudinales qui le traversent dans toute sa longueur.

La coloration de l'ongle est variable ; en général on constate de la pâleur et la disparition de la lunule.

Modifications de la pulpe et des os. — La pulpe est hypertrophiée, sa vascularisation serait augmentée par suite de la dilatation veineuse (Esbach). L'os de la phalange au contraire est *toujours intact*, et nous devons bien insister sur ce fait, car il faut se garder de confondre l'hippocratisme avec l'ostéo-arthropathie hypertrophiaute pneumique, ce syndrome que M. P. Marie a décrit dans un intéressant article, (*Revue de médecine*, 1890).

Pigeaux en 1832, à la suite de nombreuses dissections de doigts hippocratiques, avait déjà noté cette absence de lésions osseuses. « Les os, dit-il, ne sont altérés, ni dans leur forme, ni dans leurs rapports, ni dans leur consistance. »

M. le Dr Bécclère a démontré également (Société médicale des Hôpitaux, mars 1901) à l'aide de radiographies, dont nous reproduisons ici un exemplaire, que les parties molles de l'extrémité digitale sont seules en cause dans le cas qui nous intéresse.

Enfin en 1904, MM. Besançon et Israël de Jongs dans



Radiographie d'une main hippocratique.
Les os des phalanges sont indemnes.

les Archives de médecine défendent également cette opinion, et démontrent qu'il existe entre les deux déformations, hippocratisme d'une part, ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique d'autre part, de nombreuses différences et que la première n'est pas le premier degré de la seconde comme beaucoup d'auteurs ont tendance à l'admettre.

Si nous examinons un malade atteint d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, tout d'abord nous constatons que les doigts sont à peu près identiques aux doigts hippocratiques : phalangette renflée en masse, ongle bombé dans ses deux sens, élargi, à extrémité libre recourbée. Mais tandis que dans ce dernier cas la déformation de la phalangette est la seule que l'on puisse constater, dans l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique au contraire, on note que « la main est en général énorme et déformée, surprenante par ses dimensions, ... le poignet est très élargi formant une brusque et énorme saillie au-dessus de la main » (Marie).

Les pieds sont également déformés prenant l'aspect « de pieds d'éléphants », et les orteils sont en forme de battant de cloche.

On relève également des épaissements épiphysaires de tous les os longs, clavicules, côtes, tibias, etc..., avec déformations consécutives de leurs articulations. Enfin le maxillaire supérieur lui-même présente souvent des altérations.

Par conséquent, comme l'a écrit M. Marie à propos de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante. « Dans cette

augmentation de volume, le principal rôle semble incontestablement revenir aux os, les parties molles suivent à la vérité cet accroissement, mais elles semblent céder plutôt à une sorte de distension ou tout au moins se prêter simplement à l'augmentation de volume des os. »

Un autre signe important du diagnostic différentiel entre l'ostéo-arthropathie et l'hippocratisme cité par MM. Besançon et de Jongs, c'est la présence de la douleur dans l'ostéo-arthropathie, son absence absolue chez le malade porteur de doigts hippocratiques.

Nous n'aurons donc en vue dans ce travail que l'hippocratisme vrai, celui dont les déformations se localisent aux ongles et aux parties molles des extrémités digitales.

Tout ce que nous avons dit à propos des doigts hippocratiques nous pourrions le répéter pour les orteils.

Au pied, c'est en général le gros orteil qui présente le premier, le renflement en massue.

Rappelons également que l'hippocratisme est capable de régresser et de disparaître avec l'affection qui l'a déterminé.

Nous n'en voulons pour preuve que cette observation relevée dans la thèse de Pichard, et qui a été prise dans le service de M. le D^r Bécclère.

OBSERVATION I (*in* Th. Pichard)

L..., Alfred, âgé de 7 ans et demi.

A eu des convulsions dans la première enfance. Fut néan-

moins bien portant jusqu'à l'âge de cinq ans. A ce moment il eut une pneumonie à la suite de laquelle, il continua à tousser et dont il ne se rétablit jamais complètement. Il y a deux ans, il eut une vomique et depuis ce temps il crache continuellement du pus.

Au commencement du mois de mars l'enfant est conduit vers M. le Dr Bécclère qui le suivait déjà depuis quelque temps. Il est pâle, petit pour son âge. Il a peu d'appétit, tousse continuellement, crache du pus en assez grande abondance. Ses quintes de toux sont assez fréquemment suivies de vomissements.

Les deux mains présentent des déformations bien caractéristiques. Le doigt se termine en s'évasant à partir de l'union de la deuxième et la troisième phalange. Vu par sa face dorsale, il a l'aspect d'une véritable spatule. Vu de profil il a une forme de massue très marquée.

M. Bécclère a fait prendre la radiographie. Le contour évasé de l'extrémité du doigt marque la limite des parties molles, au centre desquelles se voit l'ombre plus sombre de la phalange nullement hypertrophiée.

L'examen du thorax dénote une ampliation notable de toute la partie gauche du thorax qui est évasée à sa base. Les espaces intercostaux ne sont nullement déprimés et tout ce côté du thorax a un aspect lisse. Le signe du cordeau existe et la demi-circonférence gauche du thorax est de dimensions supérieures à la demi-circonférence droite.

A la percussion, matité et résistance au doigt dans tout le côté gauche du thorax. Le murmure vésiculaire a disparu et on entend un souffle doux à l'auscultation. L'égophonie, la pectoriloquie aphone sont très nettes.

La radiographie du thorax et la radioscopie montrent une obscurité complète de toute la partie gauche du thorax.

M. Bécclère conseille l'opération de l'empyème. Elle est pratiquée le 24 mars 1900 par M. le Dr Monod, chirurgien à l'hôpi-

tal Saint-Antoine. L'incision donne issue à une grande quantité de pus qui remplissait la cavité pleurale.

A l'entrée de l'enfant dans le service de M. Monod, voici quelles étaient les dimensions de la circonférence des doigts au niveau de la phalangette et au niveau de l'articulation de la phalange avec la phalangette.

A. — *Circonférence maxima de la dernière phalange*
(main droite).

	cent	mill.
	—	—
Pouce	5	9
Index	5	
Médus.	4	7
Annulaire	4	6
Auriculaire	4	

B. — *Circonférence au niveau de l'articulation de la deuxième*
avec la troisième phalange.

	cent	mill.
	—	—
Pouce	6	
Index	3	5
Médus	3	8
Annulaire	3	6
Auriculaire.	3	2

Les pieds ne présentent pas de déformations notables.

Les gros orteils seuls sont un peu déformés.

Le 9 avril. — L'enfant est amené de nouveau à M. Bécère.
Il a très bonne mine, a engraisé visiblement, mange de bon

appétit. La déformation des doigts a notablement diminué. Les parents eux-mêmes s'en sont aperçus et le déclarent spontanément.

Le 29 avril. — L'enfant est très bien portant. Il conserve encore une petite fistule. Mais il a grandi notablement, a engraisé et a une mine florissante. Les déformations ont presque entièrement disparu. Voici le résultat de nos mensurations :

A. — *Circonférence maxima de la dernière phalange*
(main droite).

	cent	mill.
	—	—
Pouce	4	8
Index	4	
Médius	4	
Annulaire	4	
Auriculaire.	3	3

B. — *Circonférence au niveau de l'interligne situé entre la deuxième et la troisième phalange.*

	cent	mill.
	—	—
Pouce	6	
Index	3	6
Médius	3	8
Annulaire	3	7
Auriculaire.	3	3

C. — *Circonférence maxima de la phalangine.*

	cent	mill.
	—	—
Pouce	4	8
Index.	4	2
Médus	4	3
Annulaire	4	1
Auriculaire.	3	7

Les doigts ont, on le voit, à peu près retrouvé la forme effilée qui leur est habituelle. Le pouce et l'index seuls conservent encore des phalanges inférieures de la circonférence égale ou supérieure à celle des phalanges supérieures.

La régression des déformations des doigts a été on le voit très nette et très rapide chez le petit malade qui fait le sujet de cette observation.

ÉTIOLOGIE

« Phtisicis unguis adunci » écrivait Trousseau en tête de son mémoire en 1834. Pour cet auteur, en effet, le doigt hippocratique ne s'observait guère que chez les tuberculeux et longtemps cette conception fut presque la seule admise : « Je n'ai pas vu mourir de la tuberculose pulmonaire, disait-il, un seul malade dont les doigts n'eussent pas pris plus ou moins la forme hippocratique. »

Dans ses conclusions il n'est pas moins catégorique puisqu'il écrit :

1° La forme hippocratique est presque exclusivement réservée aux tuberculeux.

2° Tous les tuberculeux n'ont pas la main hippocratique, mais tous ceux qui ont la main hippocratique sont tuberculeux.

3° Chez les individus tuberculeux la déformation est d'autant plus prononcée que la tuberculose est plus avancée.

Trousseau attachait une grande valeur diagnostique à ce signe qui plusieurs fois lui avait fait reconnaître la nature tuberculeuse de pleurésies, de péritonites, de

diarrhées chroniques. Il voyait également dans la forme hippocratique un présage d'une terminaison fatale, tandis qu'il conservait de l'espoir lorsque, avec des symptômes beaucoup plus sérieux les malades n'avaient pas les doigts renflés en massue ou les ongles bombés.

Nous savons aujourd'hui que cette manière de voir est par trop absolue, d'ailleurs avant Trousseau, Pigeaux avait déjà fait une statistique qui prouvait que la tuberculose ne devait pas être seule incriminée.

Un sixième des tuberculeux, nous dit-il, n'ont pas les ongles hippocratiques ; puisque sur 200 tuberculeux il n'a constaté que 167 fois la déformation.

Sur 183 sujets non tuberculeux observés, 17 étaient porteurs d'ongles recourbés qu'il a ainsi répartis :

9 affections organiques des centres circulatoires.

4 emphysèmes.

2 catarrhes chroniques compliqués d'asthme.

2 cas où l'altération chronique principale n'avait pas été précisée.

Vernois se fondant aussi sur la statistique nous rapporte que sur 276 malades :

188 ont des ongles normaux.

80 — recourbés.

Sur 80, 36 seulement sont tuberculeux le reste est atteint de maladies très diverses.

Il note également que l'ongle hippocratique serait plus fréquent chez la femme que chez l'homme, tandis que l'âge n'aurait aucune influence sur sa formation.

Pichard, dans sa thèse, nous donne un certain nombre

d'observations qui nous montrent la diversité des affections cardio-pulmonaires capables de donner naissance au renflement des extrémités digitales, et d'après lui, sur un certain nombre de malades porteurs de doigts hippocratiques les quatre cinquièmes sont tuberculeux. Quant aux autres, ils étaient atteints d'affection touchant de plus ou moins près l'appareil respiratoire.

C'est en effet dans les affections de l'appareil respiratoire, soit que celui-ci se trouve directement lésé par la maladie, soit qu'il subisse le contre-coup d'une insuffisance cardiaque, amenant des troubles de sa circulation, que l'on constate le plus fréquemment, le développement exagéré des phalangettes, et le recourbement des ongles. Dans ces cas, c'est en dehors de la tuberculose, à une pleurésie de la grande cavité pleurale, à une pleurésie interlobaire, à la sclérose du poumon, à l'asystolie que l'on peut avoir affaire.

Il est surtout une importante cause de déformation hippocratique des doigts sur laquelle nous devons attirer l'attention, car elle nous servira à expliquer en partie notre théorie pathogénique, c'est la cyanose congénitale par rétrécissement de l'artère pulmonaire. On sait que c'est dans cette affection que le renflement en baguette de tambour atteint son plus haut degré.

Ce fait a été souvent constaté : M. Variot dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantile* (1897), rapporte l'observation d'un enfant âgé de cinq ans et demi qui présentait une teinte cyanique des téguments et une spatulation très nette des doigts et des orteils, et chez lequel on trouve à l'autopsie une artère pulmo-

naire ayant la forme d'un *petit cordon flasque* se détachant de l'extrémité de l'infundibulum. Nous pourrions citer de nombreux exemples semblables.

Blandin faisait du doigt hippocratique un signe de cachexie, et remarquait qu'on ne le trouvait pas seulement dans la phthisie, mais dans toutes les maladies où l'amaigrissement devient extrême.

Esbach mettait sous la dépendance de la « misère physiologique » la déformation de l'ongle, l'ayant rencontré dans 32 affections très diverses autres que des affections cardiaques ou pulmonaires.

Quant à l'hippocratisme dans la cirrhose biliaire est-ce un hippocratisme véritable ? On relève en effet dans deux des observations rapportées par MM. Gilbert et Fournier qu'à côté des déformations digitales on a noté des épaissements osseux.

Ne devrait-on donc pas rapprocher plutôt ces déformations de l'ostéo-arthropathie.

Cependant certains malades atteints de cirrhose hypertrophique biliaire, présentent parfois des renflements de la phalangelette sans augmentation de volume du squelette.

Ces malades le plus souvent n'ont pas des poumons absolument indemnes comme en témoignent les deux observations suivantes prises dans la thèse de Boutron et nous pouvons nous demander dans ce cas, si l'on ne doit pas faire intervenir dans l'étiologie de l'hippocratisme, la lésion pulmonaire plutôt que la cirrhose.

OBSERVATION II (Int. Thèse Boutron).

Résumée.

Louis F..., ajusteur, 19 ans, entré dans le service de M. Gilbert en 1894, pour un ictère dont le début remonte à deux ans. Abdomen développé. Foie volumineux, dur, régulier, lisse, pas douloureux à la pression. Rate énorme. *Le malade tousse un peu et cela depuis longtemps*; il a toujours eu la voix enrouée, un peu rauque. A la percussion *la tonalité est plus élevée* sous la clavicule gauche. La respiration est un peu rude de ce côté, quelques râles sous-crépitants à la base gauche. Les dernières phalanges des doigts attirent l'attention par leur volume, les ongles sont incurvés, un peu élargis, mais ne présentent pas de stries, on ne note aucune déformation du reste du squelette.

OBSERVATION III (Int. Thèse Boutron).

Résumée.

Jules S..., journalier, 49 ans, entré dans le service de M. Gilbert.

Antécédents personnels. — A quatre ans *catharre pulmonaire*; à quatorze ans *fluxion de poitrine*.

En 1895, en 1899, fut atteint de maux perforants plantaires.

Homme a l'aspect assez robuste. Teint légèrement jaunâtre. *On est frappé de l'état des mains*. Les doigts de chaque main ont leur extrémité inférieure aplatie et élargie. L'élargissement part de l'articulation des deux dernières phalanges qui semble rétrécie. La pulpe semble gonflée et est augmentée de volume. De face, l'élargissement se fait progressivement jusqu'au sommet grossièrement arrondi. De profil, la dernière phalange est régulièrement incurvée sans ressaut habituel au niveau de l'on-

gle. L'ongle est pâle, sans lunule, avec des stries longitudinales à peine marquées. Ils présentent, au contraire, une grosse rainure transversale plus rapprochée de l'extrémité supérieure de l'ongle. Celui-ci est peu épais, courbe sur toute sa longueur. Ces déformations sont peut-être plus marquées à gauche qu'à droite, surtout au niveau de l'index.

C'est, en un mot, un type très caractéristique de main hippocratique et cela depuis l'enfance du malade.

Foie. — Légèrement hypertrophié et indolore, on en sent nettement le rebord inférieur.

Appareil respiratoire. — *En avant vibrations plus marquées à droite qu'à gauche, expiration humée.*

En arrière matité à la base des deux côtés plus marquée à droite. Aux sommets augmentation de murmures vésiculaires. Aux bases râles sous crépitants humides.

En résumant ce chapitre nous voyons donc que si l'hippocratisme vrai a été constaté dans de nombreuses affections, c'est surtout dans les affections cardiaques et pulmonaires chroniques que nous le rencontrons le plus souvent.

PATHOGÉNIE

Cette coïncidence si fréquente de l'hippocratisme digital avec les affections pulmonaires et principalement les affections purulentes du poumon, amena les auteurs à voir dans cette déformation le résultat d'une intoxication ou d'un vice de la respiration. Ainsi naquirent les différentes théories pathogéniques.

Théories toxiques. — M. Marie expliquait le développement de l'ostéo arthropathie hypertrophiante pneumique par :

1° La production, sous l'influence de microorganismes, de substances putrides et fermentées au niveau d'une lésion de l'appareil respiratoire.

2° La résorption et le passage dans la circulation générale de ces substances.

3° L'action élective de ces substances sur certaines parties des os et des articulations.

M. le professeur Bouchard à la suite d'expériences a montré : « Qu'il y a dans la tuberculine une substance dont l'action générale est capable de provoquer *partout la dilatation vasculaire*, avec exsudation et diapédèse

dans les régions où ces effets sont sollicités par une irritation locale. »

D'après MM. Charrin et Gley une substance analogue serait sécrétée par le bacille pyocyanique. D'après Arloing un des produits du staphylocoque posséderait la même action physiologique.

Ces diverses théories, peut-être vraies pour l'ostéo-arthropathie hypertrophiante, ne peuvent être admises ici puisque nombre d'affections, qui s'accompagnent d'hippocratisme digital, les rétrécissements congénitaux de l'artère pulmonaire par exemple, ne sont pas des affections purulentes, et par conséquent l'augmentation de volume de la phalange ne peut être expliquée par la résorption de toxines produites au niveau de l'appareil respiratoire.

Théorie toxi-mécanique. — Labalbary en 1863 avait fait intervenir la stase veineuse avec dépôt d'éléments tuberculeux dans les tissus de la phalange par suite d'une circulation au retour insuffisante.

Théorie de Pigeaux. — Pour cet auteur, la déformation fusiforme des doigts est liée à un trouble de l'hématose. « Tout vice ou une altération notable soit dans la respiration, soit dans la circulation, troublant l'hématose, occasionnait un gonflement œdémateux des extrémités des doigts et surtout de la pulpe de ces parties, suivant l'idiosyncrasie des sujets. »

M. Legendre a voulu concilier cette théorie avec la théorie toxique, et c'est ainsi qu'il a écrit dans le *Traité de médecine* Chareot-Bouchard : « En outre de l'insuffisance de l'hématose, on peut incriminer l'auto-intoxi-

cation par résorption des sécrétions bronchiques stagnantes. »

N'ayant pas admis l'explication de l'hippocratisme par la résorption des toxines, nous ne pouvons partager son avis.

Pour M. le Dr Bécclère, la théorie de Pigeaux serait celle qui se rapprocherait le plus de la vérité ; à condition cependant de bien définir ce que nous entendons par hématoze.

Dans le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* du 1^{er} juillet 1904, M. Bécclère s'exprime ainsi :

« Partisan résolu de la théorie mécanique du doigt hippocratique, j'admets nécessairement que le trouble mécanique qui est à l'origine de ce processus pathologique en amène le développement parce qu'il aboutit à un trouble chimique, à une insuffisance chronique de l'hématoze. Mais il importe de préciser en quoi consiste exactement cette insuffisance chronique de l'hématoze, cette insuffisance de la respiration déjà invoquée par Pigeaux en 1832 dans son mémoire des Archives générales de médecine, ou plutôt il importe de montrer que sous la même appellation nous avons *le droit aujourd'hui d'entendre des phénomènes quelque peu différents de ceux que visait Pigeaux.* »

Il y a pour ainsi dire dans l'hématoze deux phénomènes :

1° La fixation de l'oxygène sur les globules rouges à l'état d'oxy-hémoglobine.

2° L'élimination par les voies aériennes des produits

volatils que le sang veineux ramène au poumon après être allé baigner les tissus.

Que la première de ces deux fonctions soit troublée, comme dans la chlorose, où le sang pauvre en globules rouges se charge d'une quantité d'oxygène insuffisante, tandis qu'aucun obstacle ne s'oppose au rejet des produits destinés à être éliminés, nous aurons bien affaire dans ce cas à un trouble de l'hématose et cependant nous ne constaterons jamais de déformations hippocratiques.

Mais, que le phénomène inverse se produise, c'est d'ailleurs ce qui arrive dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire, nous verrons alors apparaître l'hippocratisme digital. Dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire, en effet, où le calibre trop étroit du vaisseau est un obstacle mécanique au cours du sang veineux, celui-ci ne peut jamais se débarrasser entièrement des produits volatils d'élimination. Quant à la quantité d'oxygène fixée par le sang, elle n'est pas sensiblement moindre de ce qu'elle devrait être, car, le nombre des hématies augmente et cette hyperglobulie supplée à l'insuffisance de la masse liquide en contact avec l'air extérieur.

La déformation hippocratique est donc le résultat d'une auto-intoxication due à la présence dans le sang veineux de produits d'élimination, par suite d'un obstacle mécanique à la circulation de ce sang.

Si cette théorie est exacte, nous devons pouvoir en liant le tronc veineux principal d'un membre, reproduire l'hippocratisme digital uniquement aux extrémités

de ce membre. Cette expérience a été réalisée par la nature elle-même ; M. le D^r Bécclère a en effet communiqué à la Société médicale des hôpitaux en 1901, 1902, 1904, trois observations de malades porteurs de doigts très franchement hippocratiques dus à des compressions veineuses par des anévrysmes artériels, ou à une diminution de calibre du vaisseau consécutive à des accidents aigus.

Chez le premier malade, des signes d'oblitération de la veine sous-clavière droite s'accompagnent d'un hippocratisme de la main droite, la main gauche restant normale.

Dans le deuxième cas, les deux troncs brachio céphaliques veineux sont inégalement comprimés, le droit l'est plus que le gauche ; les modifications des extrémités digitales sont plus accusées à droite qu'à gauche.

Enfin le troisième malade porteur d'un anévrysme aortique qui comprime la veine cave supérieure présente des déformations identiques aux deux membres supérieurs. Voici les observations de M. le D^r Bécclère auxquelles nous joignons des photographies qui permettront de comparer les mains de chacun des deux premiers malades.

OBSERVATION IV

(Résumée.)

Déformation hippocratique unilatérale des doigts.

C'est un homme de 65 ans dont les phalanges de la main

gauche sont régulièrement cylindriques et portent des ongles normalement courbés dans le sens de leur largeur, mais nullement dans celui de leur longueur, les phalanges de la main droite, plus volumineuses et renflées en tous sens, ont une forme sphérique qui donne à chaque doigt l'aspect d'une massue ou d'une baguette de tambour; les ongles de la main droite, allongés et élargis, sont recourbés à la fois dans le sens de leur largeur et dans celui de leur longueur; ils recouvriraient toute l'extrémité des doigts s'ils n'étaient soigneusement coupés, et on peut les comparer, avec M. Marie, à des verres de montre, tellement leur forme se rapproche de celle d'un segment de sphère coiffant l'extrémité des doigts; la racine des ongles est manifestement soulevée et occupe dans la position horizontale des doigts un plan manifestement supérieur à celui de leur extrémité libre. (Voir la planche II).

Par contre, les épreuves radiographiques que j'ai prises de ces deux mains extérieurement si dissemblables ne laissent voir aucune différence entre les phalanges osseuses de la main droite et celles de la main gauche; le développement anormal des extrémités digitales de la main droite a pour siège unique les parties molles.

Voici dans quelles conditions étiologiques est survenu le fait exceptionnel de déformation hippocratique unilatérale des doigts.

Cet homme est porteur dans la région sous claviculaire droite, d'une tuméfaction du volume d'un gros œuf, animée de fortes pulsations isochrones aux battements du cœur, avec mouvements très nets d'expansion, en un mot porteur, à n'en pas douter, d'une ectasie de l'artère sous clavière droite. Il ne peut dire quand a débuté cette tuméfaction; en revanche il est très affirmatif sur la date d'origine de la déformation des doigts: elle remonterait à un an et serait survenue peu de temps après l'apparition de très violentes douleurs dans l'épaule droite avec irradiations au coude et à la main. A ce moment, au dire du



Observation IV. — Hippocratisme unilatéral.

La main gauche est normale. — La main droite rappelle la main d'un tuberculeux au 3^e degré.

Vigor, frères, éditeurs.

malade, la main était gonflée, violacée et la région sous-claviculaire beaucoup plus volumineuse qu'à présent.

Il semble bien que l'artère sous-clavière et très probablement, à son contact, la veine sous-clavière droite, ont été le siège d'accidents inflammatoires aigus. Il est très vraisemblable qu'à la suite de ces accidents la lumière de la veine sous-clavière est demeurée rétrécie. Ce qui confirme cette supposition, c'est que les deux mains, de même coloration au repos, prennent une teinte différente quand le malade fait, avec les membres supérieurs, quelques mouvements : la main droite devient alors légèrement cyanosée. De plus il existe un développement anormal du réseau veineux sous-cutané au-devant du thorax, dans la région du grand pectoral et du deltoïde, des deux côtés. Le pouls radial droit paraît un peu moins fort que le pouls radial gauche, mais la différence est à peine sensible. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

OBSERVATION V (prise par M. Ledoux-Lebard).

Déformation hippocratique à prédominance unilatérale.

Homme de 66 ans, marchand de vins.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte à quatre-vingt-un ans d'une affection indéterminée; elle avait eu seize enfants, parmi lesquels il semble n'y avoir rien de spécial à noter sous le rapport d'une tare héréditaire quelconque.

Père mort à un âge que le malade ne peut fixer.

Antécédents personnels. — Déclare avoir toujours été parfaitement bien portant, et même avoir joui d'une santé particulièrement robuste.

Il affirme n'avoir jamais commis d'excès, d'excès de boisson en particulier, et prétend avoir été et être encore un petit

buveur, et ne pas prendre d'alcool. A l'interrogation il nie tout syphilis. Il est marié.

Histoire de la maladie. — Décembre 1900. Bronchite. Il aurait été malade pour la première fois en décembre 1900, époque à laquelle il eut une « bronchite » qui l'oblige à s'aliter durant deux mois, et qui fut traitée surtout, paraît-il, par un ventousage énergique.

Enrouement. — Après cette bronchite, il remarqua une diminution d'intensité et surtout de clarté de sa voix, qui est restée depuis enrouée, rauque et faible. Par instants, d'ailleurs, il recouvre sa voix normale.

Dyspnée. — Depuis cette époque aussi, il présente de la dyspnée, dyspnée d'effort qui est allée en augmentant et se manifeste surtout à la suite de l'ascension des escaliers.

Toux coqueluchoïde. — En même temps que la dyspnée, existe de la toux ; toux rare et quinteuse que le malade compare de lui-même, non sans quelque raison d'ailleurs à la toux de la coqueluche et qui consiste surtout en inspirations très bruyantes et très prolongées, séparées par de courtes expirations. Cette toux est parfois suivie d'expectoration (les crachats n'ont pas été examinés.)

Expectoration. — Peut-être faudrait-il faire remonter à la même époque, une série d'autres troubles dont il se plaint, mais toujours est-il qu'il aurait surtout commencé à se plaindre de son état et à en souffrir au mois de février dernier.

Février 1902. Crises douloureuses. — A partir de ce moment dyspnée et toux ont augmenté, en même temps qu'apparaissent au niveau de l'épaule et du bras droits des douleurs lancinantes et irradiées extrêmement vives, empêchant parfois le sommeil et apparaissant surtout par crises d'une durée variable de quelques minutes à quelques heures. Chose à noter, ces douleurs ne s'étendent jamais au-dessous du coude. Elles occupent ou peuvent occuper tout le bras et toute l'épaule droite.

Parésie brachiale. — Le malade nota bientôt une légère

impotence fonctionnelle du bras droit, en même temps que ce bras et surtout l'avant bras correspondant et la main se refroidissaient et que le pouls n'était plus perceptible de ce côté (remarque du malade lui-même). Actuellement tous les mouvements des doigts de la main et de l'avant-bras sont faciles, mais le malade peut à peine remuer le bras et les mouvements communiqués sont douloureux en sorte qu'il est obligé de se faire aider pour s'habiller.

Déformation hippocratique. — C'est aussi à partir du mois de février dernier qu'il a noté une déformation des ongles de la main droite sur laquelle nous allons revenir et l'apparition de « grosses veines. »

Circulation collatérale. — Pas de maux de tête, pas de troubles digestifs, et en somme persistance d'un assez bon état général.

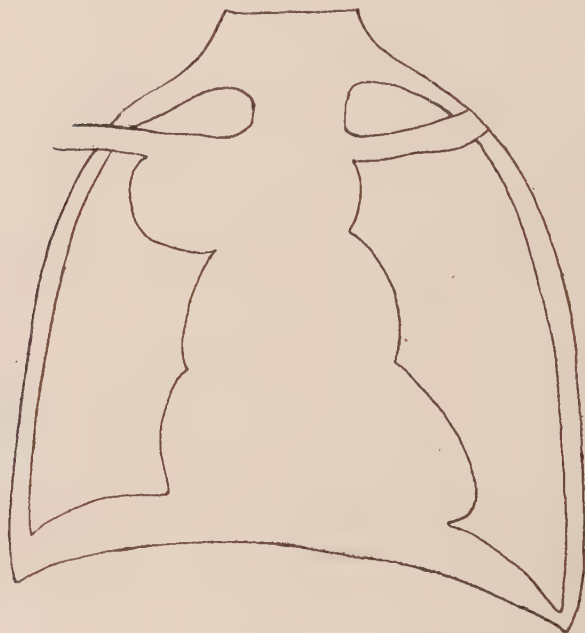
Examen du malade. — *Tête.* — Malade, grand, de forte carrure, marchant encore assez droit. On remarque une certaine pâleur de la face, qui n'est d'ailleurs pas amaigrie. La temporale gauche sinueuse est bien visible et a des battements très nets à travers les téguments. La temporale droite est invisible et ne peut être sentie. Les yeux sont assez saillants pour qu'on puisse parler d'exophtalmie, prononcée surtout à droite. Un arc sénile existe très prononcé des deux côtés. Le malade dit avoir encore une très bonne vue.

B. — *Cou.* — Du côté droit on constate une circulation veineuse sous-cutanée très développée, avec dilatations ampullaires en certains points des vaisseaux veineux. Du côté gauche la circulation veineuse, quoique développée aussi, l'est cependant beaucoup moins.

Le pouls carotidien, très net à gauche, n'est pas senti à droite.

G. — *Thorax.* — On est immédiatement frappé, à la vue du thorax, par le remarquable développement de la circulation veineuse collatérale sous-cutanée de la région pectorale droite

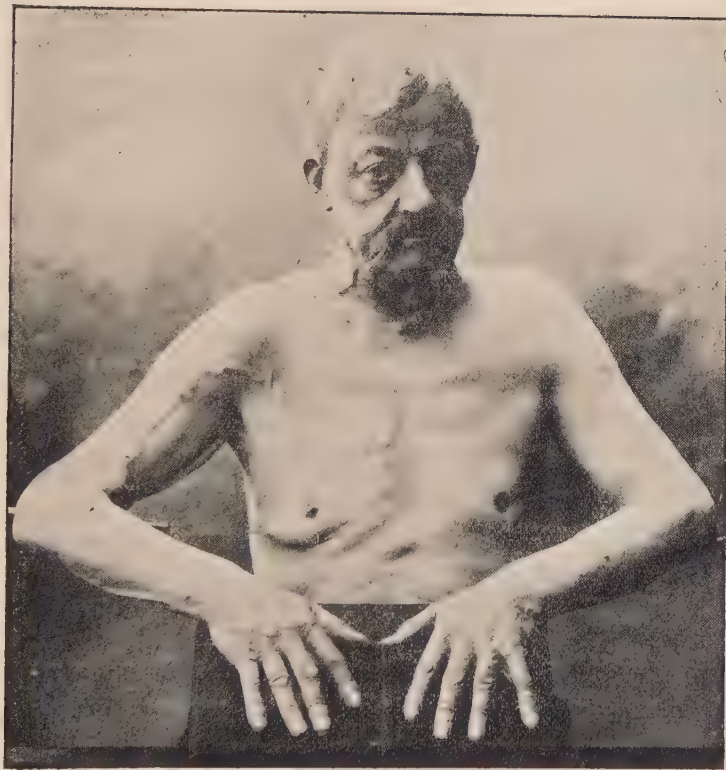
qui est parcourue par de grosses veines tortueuses, s'étendant jusqu'au cou et à l'épaule et descendant environ jusqu'un peu au-dessus du rebord des fausses côtes. A gauche, la circulation veineuse, très exagérée dans la région correspondante, l'est toutefois considérablement moins qu'à droite.



Reproduction réduite, d'un calque pris sur l'écran fluorescent pendant l'examen antérieur. On voit nettement dans l'angle de la clavicule droite et du sternum, sur le champ pulmonaire, l'ombre anormale qui correspond à l'anévrysme du tronc brachio-céphalique artériel.

La fosse sus-claviculaire droite est remplacée par une saillie du volume d'une mandarine, saillie qui s'étend vers la base du cou et ne présente pas de mouvements nettement visibles. Mais la palpation y fait percevoir des mouvements d'expansion synchrones à la systole cardiaque et l'auscultation y fait entendre un double souffle, d'ailleurs inconstant.

D. — *Membres supérieurs.* — L'examen permet de constater,



Observation V. — Hippocratisme à prédominance unilatérale.

Vigor frères, éditeurs.

en même temps que la circulation veineuse collatérale très développée, surtout à droite, de l'atrophie des muscles de l'épaule et du bras du même côté ; la musculature de l'avant-bras et de la main semblant par contre être à peu près intacte.

L'exploration électrique n'a pas été pratiquée. Toutefois, ce qui est plus frappant encore, c'est une déformation hippocratique des extrémités digitales, déformation qui existe des deux côtés, mais est à *peine développée à gauche*, tandis qu'elle est *très prononcée à droite* où elle porte principalement sur le pouce l'index et l'auriculaire. (Voir Planche III).

La main et l'avant-bras droits sont froids (la différence de température n'a pas été mesurée), et plus exsangues que du côté opposé, mais sans avoir une teinte cyanosée.

On ne perçoit à droite, ni le pouls radial, ni le pouls huméral.

A gauche, les battements du pouls sont pleins et forts, on compte à l'état de repos 90 pulsations par minute.

Auscultation du cœur. — On entend un double souffle très accentué qui semble avoir son maximum au foyer aortique, mais il est d'ailleurs facilement perceptible dans toute l'étendue de la région précordiale.

Matité cardiaque. — La matité cardiaque, dont la surface paraît légèrement augmentée dans toutes ses directions, se continue en haut et à droite avec une zone de matité qui occupe le sternum et s'étend à droite à un travers de doigt en dehors de lui depuis le quatrième cartilage costal en bas jusqu'à la partie moyenne de la clavicule.

En haut et à gauche cette matité est limitée par une ligne tirée du tiers interne de la première côte droite jusqu'à l'insertion sternale de la troisième côte gauche.

L'examen laryngoscopique, pratiqué dans le service de M. le Dr Lermoyez, montre une paralysie de la corde vocale droite, ayant tous les caractères d'une paralysie récurrentielle.

L'examen radioscopique donne les résultats suivants :

Au-dessus de l'ombre cardiaque, agrandie et allongée dans le

sens transversal, l'ombre médiane est débordée à droite et à gauche par une ombre anormale à contours arrondis, animée de mouvements pulsatiles exagérés, comme il est habituel d'en observer dans l'insuffisance aortique : cette ombre anormale est l'ombre de la crosse aortique dilatée. L'examen oblique antérieur droit permet d'étudier au mieux cette dilatation de la crosse aortique et d'en distinguer ce qui suit.

L'angle formé par le bord inférieur de la clavicule droite et par le bord droit du sternum est tout entier occupé, à l'examen antérieur, par une ombre de teinte moins sombre que celle de la crosse aortique, à contours nettement arrondis, comme tracés au compas, et qui est animée de mouvements pulsatiles, d'ailleurs beaucoup moins étendus que ceux de l'ombre aortique. Cette ombre anormale, très distincte de la précédente et qui s'en sépare notamment dans l'examen oblique au cours des mouvements de rotation imprimés au malade, ne peut appartenir qu'à un anévrisme du tronc artériel brachio-céphalique.

Entre les deux malades dont nous venons de rapporter les observations, il existe une différence qu'il nous faut noter, car elle confirme l'opinion que nous avons émise au début de cette théorie pathogénique, en démontrant encore que l'hippocratisme digital est sous la dépendance d'une mauvaise circulation veineuse, et non d'une gêne de la circulation artérielle ; chez le premier malade, en effet, il existe peu de différence entre les deux pouls radiaux, chez le second, au contraire, la carotide primitive et la sous-clavière droites étant sans doute plus ou moins oblitérées à leur origine, on ne perçoit plus les pulsations de ce côté. C'est donc bien la stase veineuse qu'il faut mettre en cause dans la production du doigt hippocratique.

OBSERVATION VI

(Résumée).

Hippocratisme symétrique des deux mains.

Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, chez qui le Dr Vimont a vu apparaître lentement et graduellement, depuis environ six ans, d'une part un certain degré de déformation hippocratique des extrémités digitales des membres supérieurs moyennement accentué, mais incontestable, d'autre part un développement anormal de la circulation veineuse sous-cutanée de toute la face antérieure du tronc. Au milieu des veines dilatées dont le réseau bleuâtre sillonne en tous sens la poitrine et l'abdomen chez ce malade, il en est une qui attire tout spécialement l'attention par son volume et sa longueur ; elle soulève la peau au voisinage du bord droit du sternum et se présente sous la forme d'un cordon sinueux dont les replis sont si nombreux, et si serrés qu'ils se touchent, évoquant immédiatement la comparaison classique avec les serpents de la tête de Méduse. Cette veine variqueuse sous-cutanée descend jusqu'au pli inguinal droit ; il est manifeste qu'elle établit une communication entre la veine cave supérieure et la veine cave inférieure. Quand on comprime avec le doigt alternativement la partie supérieure et la partie inférieure de ce canal veineux de dérivation, il est d'ailleurs facile de constater que le courant sanguin s'y dirige de *haut en bas* : on doit nécessairement conclure à l'existence d'un rétrécissement du calibre de la veine cave supérieure.

Quant à la cause de ce rétrécissement, on la trouve aussi sans difficulté ; la région sous-claviculaire droite présente une voussure anormale animée de battements rythmiques avec expansion qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'un anévrisme de l'aorte.

L'examen radioscopique confirme en le précisant ce diagnostic ; il montre l'ombre médiane débordée à droite et à gauche mais surtout à droite, par une ombre anormale, semi-cerclée, de très grand rayon ; dans l'examen en direction oblique, la radioscopie fait voir, au lieu de l'ombre rubannée de l'aorte normale une ombre en massue extraordinairement large, en un mot elle permet d'affirmer qu'il existe une dilatation anévrysmale volumineuse de tout l'arc aortique, avec prédominance de la dilatation à l'origine de l'aorte, au voisinage de la veine cave supérieure.

L'examen radioscopique, d'accord avec l'auscultation et la percussion, permet d'ailleurs d'affirmer l'intégrité des poumons dont les images sur l'écran possèdent, du sommet à la base, leur clarté normale.

Par conséquent toutes les fois qu'un rétrécissement de l'artère pulmonaire ou d'une de ses racines, équivalant à une ligature incomplète du vaisseau, deviendra un obstacle mécanique à l'élimination des produits toxiques contenus dans le sang veineux, nous verrons apparaître le doigt hippocratique, manifestation d'un trouble de la respiration des éléments anatomiques de la pulpe digitale.

On peut admettre facilement qu'il en sera de même si l'obstacle siège au niveau des branches de l'artère pulmonaire ou du réseau capillaire des poumons ; c'est ce qui est réalisé au cours des affections de l'appareil respiratoire, dans la tuberculose, la sclérose pulmonaire, les pleurésies avec épanchement.

En se rapportant aux schémas ci-joints, dans lesquels nous avons représenté le cœur droit, l'artère pulmonaire

•

se rendant au poumon, les veines caves supérieures et inférieures ramenant le sang des extrémités des doigts et des orteils à l'oreillette droite, on comprend que si l'oblitération est en aval du cœur *tout le système veineux* retiendra les produits toxiques non éliminés et la déformation hippocratique, quoique toujours plus marquée aux mains qu'aux pieds, apparaîtra aux quatre membres, (c'est le cas des affections du poumon et du rétrécissement de l'artère pulmonaire) Schéma I.

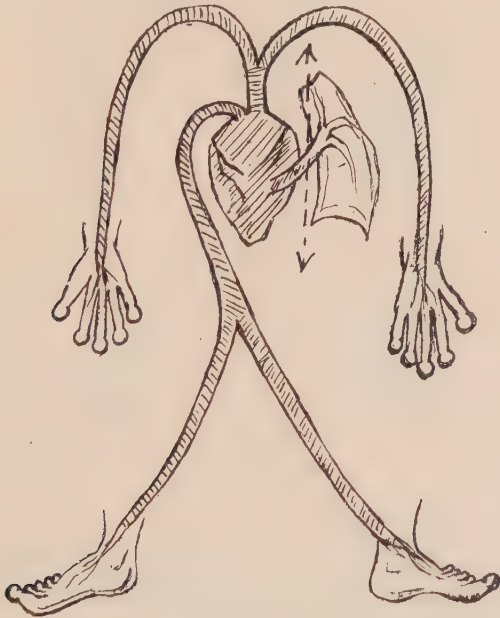


SCHÉMA I

L'hippocratisme digital siègera aux deux mains seulement si une compression s'établit sur la veine cave supérieure ou sur les deux troncs brachio-céphaliques, les produits d'élimination n'étant retenus que dans le

système veineux supérieur (Schéma II). Il prédominera même d'un côté si un tronc brachio-céphalique est plus fortement comprimé que l'autre, comme c'était le cas du malade dont l'observation a été rapportée précédemment.



SCHÉMA II

Enfin que l'obstacle siège sur une veine sous-clavière ou sur un seul tronc brachio-céphalique, la déformation hippocratique sera unilatérale (Schéma III). Ce fait est très exceptionnel. Nous avons pensé que peut-être chez les malades atteints de vieilles phlébites oblitérantes, nous pourrions découvrir quelques cas d'hippocratisme unilatéral ; malheureusement nous n'avons rien trouvé de ce côté.

La théorie mécanique du doigt hippocratique permet également de comprendre la régression possible des déformations, comme cela s'est présenté chez le malade qui a fait l'objet de l'observation I de ce tra-

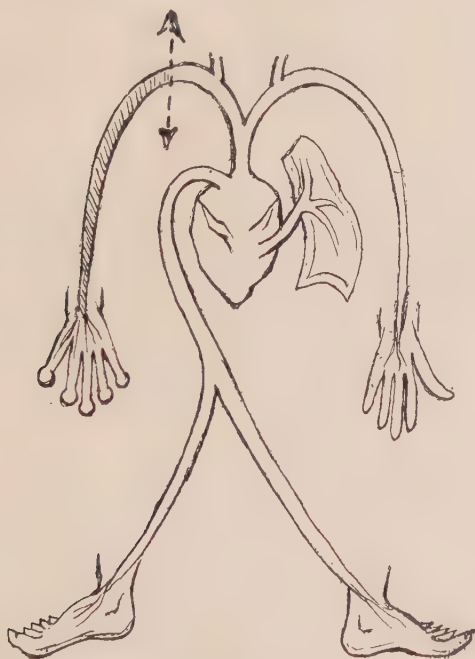


SCHÉMA III

vail. Que l'obstacle, qui s'opposait à une bonne circulation du sang veineux, vienne en effet à être levé, les produits toxiques contenus dans ce sang pourront de nouveau atteindre les capillaires du poumon, s'élimineront facilement et la respiration des cellules des extrémités digitales n'étant plus troublée, l'aspect des doigts redeviendra normal.

CONCLUSIONS

1° L'hippocratisme vrai est caractérisé par un développement anormal de la phalange; les parties molles participent seules à la déformation il n'y a pas de lésions du squelette sous-jacent. On doit donc le séparer nettement de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de M. P. Marie.

2° Le plus souvent l'hippocratisme digital occupe les quatre extrémités, avec prédominance aux extrémités supérieures, comme cela se présente dans le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, dans les cas de compression des branches de cette artère, dans les affections du poumon avec restriction du réseau capillaire. Il peut siéger avec symétrie aux deux mains, à l'exclusion des pieds, si le calibre de la veine cave supérieure vient à être rétréci. Enfin, mais tout à fait exceptionnellement, il peut être limité aux doigts d'une seule main (rétrécissement d'une veine sous-clavière ou d'un tronc brachio-céphalique) ou prédominer aux doigts d'une main (rétrécissement avec prédominance unilatérale des deux troncs veineux brachio-céphaliques).

3° Dans ces cas de déformations unilatérale et à prédominance unilatérale, ainsi que dans le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, où l'hippocratisme atteint son plus haut degré de développement, il n'y a pas formation de pus. Par conséquent, au point de vue pathogénique, nous ne pouvons admettre la théorie toxique, qui incrimine la résorption des produits sécrétés au niveau de l'appareil respiratoire dans les affections suppuratives du poumon.

4° L'hippocratisme est le produit de toutes les lésions qui équivalent à une ligature incomplète des racines, du tronc ou des branches de l'artère pulmonaire.

5° Il témoigne d'une insuffisance de l'hématose des éléments cellulaires de la pulpe des doigts ; il est le fruit d'une auto-intoxication résultant de la rétention anormale, dans le sang veineux des extrémités, de toutes les substances toxiques destinées à être éliminées par la voie pulmonaire.

6° Si l'obstacle qui s'oppose à la circulation veineuse vient à être levé on peut voir régresser les déformations hippocratiques.

Vu : le Président de la thèse

DIEULAFOY

Vu le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

Meygret

BIBLIOGRAPHIE

- PIGEAUX. — Recherches sur le développement fusiforme de l'extrémité des doigts. (Arch. de médecine, 1832).
- TROUSSEAU. — Journal des connaissances médico-chirurgicales, (1834).
- VERNOIS. — Archives gén. de médecine 1839. Tome VI.
- BEAU. — Caractères séméiologiques rétrospectifs tirés de l'état des ongles. (Gaz. des hôpit., 1860).
- CARON. — Doigts hippocratiques. (Gaz. des hôpitaux, 1862).
- LABALBARY. — Séméiotique et étiologie des doigts hippocratiques. (Gazette des hôpitaux, 1863).
- MEILLET. — Des déformations permanentes de la main. (Thèse Paris, 1874).
- DICTIONNAIRE JACCoud. — Article main.
- ULMO Y TRUFFIN. — Considérations sur les ongles. (Thèse Paris, 1875).
- ESSBACH. — Thèse de Paris, 1876.
- P. MARIE. — Ostéo arthropathie hypertrophiante pneumique. (Revue de médecine, 1890).
- SPILLMANN ET HAUSHALTER. — Revue de médecine, 1890.
- BOUCHARD. — Action vasomotrice des produits bactériens. (Académie des sciences, 1891, 2^e semestre).
- GILBERT ET FOURNIER. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, (juillet 1895).
- SERRE. — Thèse, 1895-1896.
- TRAITÉ DE MÉDECINE CHARCOT-BOUCHARD. — Tome I, article Legendre, page 343.

- VARIOT. — Journal de clinique et thérapeutique infantile, (20 et 27 mai, 3 juin 1897).
- VARIOT. — Journal de clinique et thérapeutique infantiles, (14 octobre 1897).
- PICHARD. — Thèse Paris, 1899.
- BOUTRON. — Thèse Paris, 1899.
- GILBERT ET LEREBoullet. — Gazette hebdomadaire, (2 janvier 1902).
- PARMENTIER ET CASTAIGNE. — Société médicale des hôpitaux, (juin 1901).
- BÉCLÈRE. — Société médicale des hôpitaux. (juin 1901, juillet 1902, juillet 1904).
- F. BEZANÇON ET ISRAËL DE JONGS. — Archives générales de médecine, (1904).

